

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen).

LUMINAL EN PROMINAL

Vraag No. 11. Ondanks de komst van nieuwere sedativa, worden de klassieke sedativa Luminal en Prominal nog steeds het meest voorgeschreven. Het treft mij, dat sommige medici, zowel huisartsen als specialisten en universitaire-polikliniekartsen steeds Prominal voorschrijven, anderen daarentegen Luminal, ongeacht hun specialisme. Hebben Luminal en Prominal hun eigen indicatiegebieden of gelden voor beide medicamenten vrijwel dezelfde indicatie?

Antwoord. Methylfenobarbital (=Prominal), dus de methylverbinding van fenobarbital (=Luminal), moet voor het verkrijgen van een gelijkwaardig (antiepileptisch) effect, in tweemaal zo hoge dosis als laatstgenoemde worden toegediend. Het is iets minder lang werkzaam dan fenobarbital, aangezien het in het lichaam sneller wordt afgebroken. Daartegenover staat het voordeel, dat het minder slaap verwekt. Een combinatie van de twee middelen in één recept wordt veelvuldig toegepast. Een afzonderlijke indicatie voor het gebruik van methylfenobarbital vormt motore onrust bij jonge kinderen, waartegen het uitstekend werkzaam is.

PREDNISOLON BIJ EEN ASTMATISCHE ZWANGERE

Vraag No. 12. Een patiënte, 32 jaar, voor de vierde maal zwanger, had vóór haar huwelijk een astmatische bronchitis. Een desensibilisatiekuur deed wonderen en zij werd klachtenvrij. Kort na het begin van de vierde zwangerschap kwamen er weer hevige aanvallen die niet reageerden op de gewone therapeutica zoals efedrine en aminofylline (Euphilin). Een subcutane adrenaline-injectie gaf slechts kort verlichting van de klachten! Haar gewicht nam niet toe.

Patiënte gebruikt nu, op advies van de allergoloog, van de 24e week van de zwangerschap af 2 maal $\frac{1}{2}$ tablet prednisolon à 5 mg en heeft sindsdien geen klachten meer. Haar gewicht neemt toe; de bloeddruk is normaal. Mijn vragen zijn nu:

1. Kan deze therapie worden voortgezet, en zo ja, hoe lang?
2. Levert deze therapie gevaar op voor de foetus? Zo ja, welke maatregelen moeten er worden genomen voor, tijdens of na de bevalling?

(Er bestaat een rhesus-antagonisme. Er zijn geen anti-stoffen aantoonbaar in de 28e week).

Antwoord. Ad 1. De hiergenoemde therapie kan worden voortgezet zolang als men meent er ten aanzien van het astma een therapeutisch effect aan toe te kunnen schrijven.

Ad 2. Deze therapie, in deze (lage) dosering en begonnen op dit (vrij late) tijdstip in de zwangerschap, kan, voorzover wij thans weten, geen kwaad voor de foetus. Er bestaat reeds vrij veel ervaring over de toediening van bijnierschorssteroiden aan zwangeren. Men heeft ze toegediend als poging tot onderdrukking van rhesussensibilisatie, als poging om het ontstaan van een adrenogenitaal syndroom bij het kind te voorkomen, als therapeuticum bij herpes gestationis en

uiteraard bij zwangeren met de ziekte van Addison of bij wie beiderzijds adrenalectomie was toegepast.

Over het algemeen worden dan zeer veel hogere doses gegeven, en hierbij is nooit gebleken dat er als gevolg van deze therapie schade aan de foetus werd toegebracht.

Na de periode waarin de organogenese plaatsvindt, a fortiori na de 24e week, is er dus van deze therapie al in het geheel geen kwaad te duchten in dit opzicht.

Extra maatregelen voor, tijdens en na de bevalling (andere dan die welke tot de gewone prenatale zorg gerekend worden) zijn niet nodig. Uiteraard verdient het aanbeveling, de toediening niet plotseling, maar geleidelijk te staken, zeker wanneer men daarmee onmiddellijk na de baring zou willen beginnen.

Dat prednisolon-toediening tijdens de zwangerschap verhoogde kans op zwangerschapstoxicose zou geven, is op grond van sommige theoretische beschouwingen te verwachten, maar er is hiervan nooit iets gebleken. Bij de hier genoemde dosering kan dit argument geheel buiten beschouwing blijven.

INGEZONDEN

DE TOEVOEGING VAN ADRENALINE AAN PROCAÏNE VOOR PLAATSELIJKE VERDOVING

In Vraag No. 76 (1960) wordt het nut van de toevoeging van adrenaline bij de lokale anesthesie om het operatieterrein bloedvrij te houden aan de orde gesteld. De vraagsteller meent, dat adrenaline geheel gecontraïndiceerd is bij ingrepen aan vingers, tenen en penis. In het antwoord worden de uitzonderingen, door vraagsteller opgesomd, beaamd.

Ik vraag mij af of dit absolute verbod wel voldoende gemotiveerd is. Ikzelf pas adrenaline bij poliklinische orthopedische ingrepen zonder uitzondering toe, sinds ik mij zelfstandig heb gevestigd (augustus 1950), en ik heb nog nimmer een necrose gezien bij een door mij of onze assistenten verrichte ingreep.

Naar aanleiding van deze vraag No. 76 heb ik mijn volledige serie van poliklinische ingrepen aan vingers en tenen onder lokale anesthesie nagegaan, met als resultaat de volgende, m.i. belangwekkende cijfers over het tijdvak augustus 1950 tot en met 1960.

a. Hamerteenoperaties en daarmee gelijk te stellen ingrepen (digiti subducti, inkorten van de toppen der tenen enz.): 422.

b. Nagelbedresecties (bijna alle gepaard gaande met inkorten van de processus unguicularis om een primaire sluiting mogelijk te maken): 248.

c. Operaties van het type „Brandes” bij oude morbus Köhler dig. II: 9.

d. Tendovaginitis stenosans van de duim: 37 (operaties onder narcose niet inbegrepen).

e. Afvlakken van prominierend bot bij hallux valgus (pseudo-exostose), hallux rigidus arthroticus (randwoeking), „kleermakersknobbel” van metatarsale V: 262. Ook bij deze ingrepen zou — als het „dogma” onfeilbaar was — zeer zeker wel eens necrose van de hallux moeten zijn ontstaan.

f. Diversen (kleine ganglia in de vingers, gezwellletjes, anomalieën enz.): 52.

In deze cijfers zijn niet inbegrepen: exarticulaties en ingrepen aan de hand zelf, zoals tendovaginitis stenosans van dig. II-V.

De eerste necrose na deze 1030 ingrepen moet nog komen.

Wellicht zijn enkele speciale punten hierbij van belang geweest:

a. Een zorgvuldige techniek, waarbij letsel aan de vaatzenuwsteel werd vermeden. De adrenaline maakt een goed overzicht mogelijk.

b. Het betrof geen traumatische vinger- of teenletsels, zoals dwarse snijwonden, die soms nog slechts één onbeschadigde vaatbundel hebben. Ook waren er geen ontstoken weefsels.

c. Er werd niet overdreven veel vloeistof ingespoten en er werd voor gezorgd, dat het merendeel van de vloeistof werd gedeponereerd aan de te opereren kant.

Er werd hoogstens 1 druppel adrenaline 1 pro mille per 100 ml 1 pct procaine gebruikt.

d. Proximaal inspuiten: bij nagelbedresecties van dig. I om de grondfalanx, bij de andere tenen om de wortel en grondfalanx.

Literatuur: Vraag No. 76 (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 2617. — BRAUN, H. en A. LÄWER, *Die örtliche Betäubung*, 8e druk.

Maastricht 11 januari 1961

H. G. A. NABER

De necrose moge bij een goede techniek en voorzichtige dosering klein zijn, dat deze bijzonder onaangename complicatie niet op een fabeltje berust staat helaas onomstotelijk vast.

Wij vermoeden, dat collega NABER, indien hij bij zijn 1031e nagelbedresectie de teen of vinger van zijn patiënt verspeelt door het — onnodig — toevoegen van adrenaline aan zijn procaine-oplossing, zich voortaan wel zal wachten dit middel te blijven gebruiken bij ingrepen, waar het heel goed gemist kan worden.

Of zijn patiënt troost zou putten uit de wetenschap, dat het bij duizend van zijn voorgangers wél goed was afgelopen, wagen wij te betwijfelen!

REDACTIE

„DOPING” EN SPORT

Op de vraag, welk advies gegeven kan worden aan een beroepsrenner als verantwoord stimulant dat niet onder „doping” mag worden gerekend, wordt terecht in het gegeven antwoord (1961) gewezen op het overwegende belang van een goede gezondheid, ook al zal de persoon in kwestie daarbij prijzen moeten missen.

Ik wilde echter op één mogelijkheid wijzen, nl. het gebruik van prethcamidum (Micoren). Uit de literatuur blijkt, dat dit middel bij sport prestaties kan verhogen, terwijl het toch niet mag worden gerekend tot de „doping”-middelen. In alle gevallen, waarbij de zuurstofvoorziening op een gegeven ogenblik tekortschiet, is dit ademhalingsstimulant van grote waarde, terwijl gevallen van verslaving en chronische intoxicaties niet bekend zijn.

Ik meen, dat deze stof mag worden genoemd als een verantwoord advies.

Literatuur: Vraag No. 2 (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 43.

Heemstede, 9 januari 1961

H. R. M. DE HAAN

Als collega DE HAAN meent, dat Micoren „toch niet tot de doping-middelen mag worden gerekend”, hangt dat helemaal af van de definitie die hij van „doping”-middelen geeft. Over de definitie van wat nog een „doping”-middel is en wat juist niet meer, is al veel gepraat en zal nog veel gepraat kunnen worden. Maar ook zonder een definitie kan gesteld worden, dat Micoren, evenals elk ander geneesmiddel, alleen op een verantwoorde medische indicatie dient te worden voorgeschreven. En nogmaals: het winnen van prijzen bij wedstrijdsport kan moeilijk een medische indi-

catie genoemd worden. Ten overvloede zij hier ook herhaald, dat men zelfs de onschuldigste middelen niet moet geven met de bedoeling de sportprestatie te verhogen, omdat men wel weet waarmee men begint, maar niet waarmee men zal eindigen, zeker niet als de sportbeoefenaar steeds hoger wil klimmen in zijn tak van sport.

Zonder op de werking van Micoren in te gaan, zij ten slotte nog opgemerkt, dat collega DE HAAN alleen spreekt van dit middel als ademstimulant; maar zeker bij een wedstrijddrijder is zelden, om niet te zeggen nooit, de ademhaling de beperkende factor, maar de circulatie.

Het aanbevelen van deze stof mag dus niet, zoals DE HAAN meent, een verantwoord advies worden genoemd.

REDACTIE

BOEKAANKONDIGINGEN

J. FELKE, *Die Penicillinbehandlung der Syphilis*. 68 bl. en 6 figuren. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1960. Prijs: gekart. DM. 12,—.

In dit boekje wordt, zonder nodeloze uitweidingen, de ontwikkeling van de syfilistherapie geschetst, en aangegeven, tot welke behandelingsschema's met uitsluitend gebruik van penicilline dit in logische evolutie heeft geleid. Het kan aan ieder die met luesbehandeling te maken heeft, ter lezing worden aanbevolen.

J. R. PRAKKEN

A. QUERIDO, *Godshuizen en gasthuizen*. 215 bl. en vele figuren. N.V. EM. Querido's Uitgeverij, Amsterdam 1960. Prijs: ingen. f 2,50.

Dit in vlotte stijl geschreven boek laat zich welhaast als een roman lezen. Op goed gedocumenteerde wijze beschrijft de auteur de ontwikkeling door de eeuwen heen van functie, vorm en financiële bronnen van de voorlopers der ziekenhuizen, zoals wij die thans kennen; tevens beschrijft hij menselijke verhoudingen uit die tijden. Is dit al van grote betekenis tot verdieping van ons inzicht en ter beantwoording van de vraag, waarom de ziekenhuizen in het heden zo geworden zijn, actueel en van praktisch belang wordt het betoog van de schrijver, wanneer hij de ontwikkeling schetst van gespecialiseerde ziekenhuizen — waarvan hij geen voorstander blijkt te zijn — en zijn visie geeft op de ontwikkeling van het ziekenhuiswezen op het ogenblik en voor de toekomst.

Een helder boek, dat ter lezing kan worden aanbevolen.

L. SCHALM

Documenta Geigy. Scientific tables. 5e druk met supplement. 547 bl. S. Karger AG, Bazel 1959. Prijs: geb. Zw. fr. 56.

Dit boek bevat in zeer gecompliceerde vorm overzichten en tabellen die ten behoeve van laboratoriumwerk zeer bruikbaar zijn, maar vooral ook de fysiologisch en chemisch geïnteresseerde clinicus van veel nut kunnen zijn. Behalve fysische en chemische overzichten vindt men beschouwingen over hormonen, vitamines, biologische en medische normen, zwangerschap, water- en elektrolytenbalans, synopsis van bloed enz. In een supplement van ongeveer 100 bladzijden wordt een uitstekend overzicht gegeven van de „constituents of living matter” en daarop aansluitend een groot aantal van de belangrijkste biochemische stofwisselingswegen. Uitgebreide indices en literatuuropgaven verhogen de waarde van dit werk ten zeerste. Als naslawerk is het zeer aanbevelenswaardig.

J. C. M. HATTINGA VERSCHURE